診療同意書　兼　与薬依頼書

平成　　年　　月　　日

児童氏名

病児保育パラソル利用中に、病状に応じて検査、治療を行ったり、内服薬の変更をしたりすることに	**同意します　・　同意しません** 同意されなかった場合は、かかりつけ医を受診してください。
パラソル利用中に内服薬が処方されたとき、パラソルでの内服を	**希望します　・　希望しません**
高熱の場合、パラソルでの解熱剤の使用を	**希望します　・　希望しません**
希望する場合、電話での連絡を	**希望します　・　連絡はなしでよい**

保護者氏名　　**印**

連絡先①　　**連絡先②**

喘息等の疾患	**有　・　無**
薬物アレルギー	**有　・　無**
食物アレルギー	**有　・　無**
熱性けいれん	**有　・　無**
最終けいれん日　　**月　　日**	ダイアップの使用　**有　・　無**

		/		/		/		/		/	
時間	受領者										
種類	投与者										